Nuñez (7)

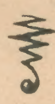
FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVES CONSIDERACIONES

ACERCA

DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA

Y SU TRATAMIENTO



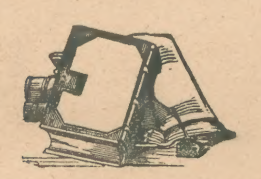
TRABAJO INAUGURAL

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA

Presenta al Jurado
Calificador

Francisco Núñez

Alumno de las Escuelas N. Preparatoria y N. de Medicina
de México.



MEXICO.

IMPRENTA Y ENCUADERNACION DE "LA PATRIA"

Callejón de Sta. Clara, 6

1891

Alvaritos:

Reciba U. con este pequeño recuerdo, la estimación de su antiguo compañero y amigo

J. Núñez

A mis Adorados Padres.

Débil muestra de mi cariño.

Al inteligente cuanto modesto cirujano

Sr. Dr. Don Tomas Noriega.

Estimación y gratitud.

Al Honorable Cuerpo de Profesores

en la Escuela Nacional de Medicina.

Su discípulo agradecido.

A mis queridos compañeros

Filogonio Alcantara y Felipe Martinez Guzman.

BREVES CONSIDERACIONES

ACERCA DE

La Peritonitis Tuberculosa

Y SU TRATAMIENTO



AL principio aún de este siglo, la generalidad de los médicos, admitían que las peritonitis no eran independientes de la flegmasía de las visceras abdominales con las cuales se las confundía. Aunque Johnson y Walter (1779-1785) habían indicado ya que el peritoneo podía padecer separadamente, puede decirse que Bichat independió completamente los padecimientos peritoneales y los colocó en un lugar distinto del cuadro nosológico.

En la actualidad, con la valiosa cooperación de prácticos concienzudos y observadores, se ha

convenido en admitir varias especies de peritonitis: Una *primitiva*, que sobreviene bajo la influencia de las mismas causas que presiden al desarrollo de las otras flegmasías; otra *sintomática*, que se declara consecutivamente á las lesiones viscerales; la tercera es la *puerperal* que afecta á las mujeres recién paridas, y en fin, una *crónica*, llamada así por su lenta evolución. Cada una de ellas, puede ser *general* ó *parcial*, según su extensión.

Mi objeto al asentar algunas breves consideraciones acerca de la *peritonitis crónica* ligada á la tuberculosis, es encarecer la utilidad de un recurso más en su difícil curación, que prácticos del extranjero y de nuestro país han ejecutado con éxito, y además cumplir con un deber reglamentario. He creído oportuno hacer referencia á la sintomatología y diagnóstico de la enfermedad ya mencionada y he colocado al fin el tratamiento quirúrgico acompañado de la relación de dos operaciones cuyos detalles debo á la bondad de sus autores á quienes estoy muy reconocido, y que vienen á apoyar la utilidad de dicha intervención.

La deficiencia de mis dotes personales y el

estado de preocupación que produce la proximidad del exámen profesional, explican suficientemente la incorrección y poco mérito de mi trabajo; pero si puede aducirse como atenuante la buena voluntad con que lo he emprendido, sirva esto para que mis Respetables Jurados se dignen concederme su benevolencia.

*
* *

En la generalidad de los casos (11 sobre 12 según Grisolle) estaría ligada la peritonitis crónica á la tuberculosis; en otros, aunque pocos, al cancer y sigue raras veces á la peritonitis aguda. Sin que pueda decirse que es frecuente, tampoco debe considerarse como rara y en muchos casos es difícil de diagnosticar.

Se desarrolla principalmente en los niños y en los jóvenes, pero también se encuentra en los adultos y ancianos, constituyendo á veces la única localización tuberculosa, siendo poco frecuente verla declararse en el curso de la tisis pulmonar.

Todas las causas debilitantes susceptibles de dar nacimiento á los tubérculos, pueden tam-

bién aducirse como causas de la peritonitis tuberculosa. En la mayoría de los casos, como ya se dijo, la peritonitis crónica se anuncia no precisamente en los individuos manifiestamente tuberculosos, sino en los de buen aspecto y apariencia satisfactoria. Algunas veces puede presentarse con algunos prodromos, tales, como cólicos sordos durante el trabajo de la digestión, alternando con diarrea y constipación; los enfermos se adelgazan, se decoloran y pierden las fuerzas y el vientre se pone sensible. Tienen sed, comen poco; la carne, sobre todo, les repugna y se ven obligados frecuentemente á aflojarse los vestidos después de comer. Casi nunca empieza con calentura, vómitos y dolores intensos como la aguda, sino como hemos dicho, de una manera oscura.

Los dolores son obtusos, los cólicos sordos ordinariamente; á ciertos intervalos, se exacerban y obligan á los enfermos á guardar reposo.

La constipación y diarrea siguen alternándose como al principio; el paciente continúa enflaqueciéndose, decolorándose y perdiendo las fuerzas. En algunos el vientre aumenta considerablemente á causa del meteorismo y del

poco líquido que empieza á formarse en el peritoneo; este derrame es raras veces considerable, no llegando nunca á ser tan abundante como los que vienen en las enfermedades del hígado ó del corazón; de manera que si en ciertos casos se nota una elevación notable del vientre, es debido, como lo demuestra la percusión (mate en la parte inferior y sonoridad timpánica en la superior) al poco líquido y la distensión gaseosa. Este derrame puede persistir por algún tiempo, pero muy frecuentemente se reabsorve casi por completo. La palpación del vientre es poco dolorosa, manifiesta la presencia de las asas intestinales, y si se observa con atención, se nota una renitencia, una dureza especial que es debida á formación de falsas membranas más ó menos sólidas y gruesas que semejan según de Mussy, la sensación que se experimenta palpando el vientre de un cadáver.

Cuando el líquido falta totalmente y á esto se añade la presencia de falsas membranas gruesas y resistentes, unas veces por la simple palpación y otras auscultando el vientre, se puede sentir ú oir el frotamiento que producen al moverse.

Las alteraciones en los órganos digestivos son constantes: anorexia, vómitos que son á veces muy rebeldes, constipación que puede simular la oclusión del intestino y diarreas que ya contínuas ó con intermitencias, contribuyen al desmejoramiento notable del paciente.

Es frecuente también observar un movimiento febril de poca intensidad con el carácter de la fiebre lenta ó héctica.

Aparte de estos síntomas que se manifiestan casi constantemente, hay otros que se presentan de una manera accidental: así es un enfermo que se queja de dificultad en la micción, otro con una ciática muy dolorosa y rebelde, y aun se han presentado desviaciones uterinas, dependiendo probablemente estos síntomas nuevos de compresiones ejercidas por las falsas membranas, los intestinos y el derrame sobre diferentes órganos. En una época variable, los enfermos comienzan á toser y se nota en uno, otro, ó los dos pulmones, los signos de la tuberculización.

La evolución de la peritonitis crónica tuberculosa, es generalmente lenta; algunas veces parece retrogradar, pero lo más común es que

progrese pudiendo calcularse su duración de algunos meses á dos años, terminando casi siempre de una manera fatal. El enflaquecimiento y la debilidad excesiva del paciente, ó bien enfermedades intercurrentes, terminan con sus días. Se consignan algunos raros hechos de curación aun en caso de estar los pulmones tuberculizados, pero á título de excepción.

* * *

Al principio en que sólo se encuentran dolores sordos, diarrea ligera, algunos vómitos y poco adelgazamiento, estos signos no son suficientes para reconocer la enfermedad. Avanzando el tiempo, cuando estos síntomas se acentúan más y más, cuando se anuncia el derrame y sobre todo la palpación del vientre, viene á hacer menos oscuro el diagnóstico, pues según opiniones respetables, la renitencia y la dureza que se notan en esta enfermedad, no se encuentran en ninguna otra. La ascitis de la peritonitis crónica difiere de las demás: la poca movilidad del derrame, la ninguna circulación colateral, la falta de línea de nivel la caracte-

rizan. Se observa igualmente que aun en los casos en que el derrame de la peritonitis sea un poco abundante, si se percute con los dedos ó bien por medio del plesímetro, se siente, undiendo un poco el vientre, la presencia de los intestinos, signo que es de mucho valor para el diagnóstico. Como las falsas membranas y las adherencias forman frecuentemente salientes más ó menos duras, también pudieran confundirse con tumores de diferente naturaleza ó bien con un endurecimiento visceral. Pero como estas salidas en la peritonitis crónica, están formadas en gran parte por asas intestinales, siempre á la percusión dan un sonido más ó menos timpánico por pocos gases que se encuentren; cosa que no se verificaría tratándose de tumores sólidos que se traducirían por la macicez.

En los casos en que la peritonitis crónica haya empezado por ser aguda, que la diarrea falte ó sea ligera, si no existe la fiebre héctica, si el paciente es alcóholico ó bríghtico y no hay ningún signo de tuberculosis pulmonar, se podría pensar en una peritonitis crónica no tuberculosa. La peritonitis ligada á la sífilis es sumamente rara y los datos anamnésticos serían

de gran valor. La peritonitis crónica cancerosa se reconocerá en la edad, los tumores sólidos, los dolores bien acentuados, el tinte amarilloso, los ganglios degenerados en la ingle y la naturaleza sanguinolenta del líquido extraido por la punción. Sin embargo, hay casos en que el diagnóstico es difícil.



En los individuos muertos á consecuencia de peritonitis tuberculosa, abriendo la pared abdominal, se nota su adherencia á todas las visceras vecinas; unas veces aplastada, otras abultada, pero en todos casos deformada, está unida á los intestinos y al epiplón. Hay ocasiones en que no se observan ninguna de las vísceras en atención á la presencia de las falsas membranas que las cubren, que son gruesas, negruzcas ó grises y en otros casos blandas y frágiles. Estas membranas están acumuladas de distintas maneras formando desigualdades, salidas y aun especie de tumores que pueden durante la vida causar errores de diagnóstico. Se encuentra también en muchos casos un derrame ascítico ape-

nas apreciable, blanco, opaco, unas veces puriforme, otras sero-fibrinoso y aun mezclado con materias fecales cuando ha habido alguna perforación intestinal.

Separando las falsas membranas, se notan los intestinos retraidos, formando una especie de paquete, sus asas están tan adherentes entre sí, que es verdaderamente difícil separarlas sin producir desgarraduras. La longitud y diámetro intestinales están disminuidos y sus paredes se encuentran igualmente atrofiadas. Los órganos abdominales están atirantados y comprimidos por bridas que se cruzan en diversos sentidos. Tanto en la superficie de la serosa visceral como en el espesor de las falsas membranas, se encuentran en la mayor parte de los casos, tubérculos, ya bajo la forma de granulaciones grises como la de masas más ó menos reblandecidas. Estas masas reblandecidas producen en ocasiones ó bien la ulceración ó perforaciones en la pared del intestino, permitiendo el paso de las materias tuberculosas á la cavidad peritoneal, ó bien se comunican entre sí dos asas de intestino que quedan pegadas una con otra. Puede también darse el caso de la trasformación

caseosa de los ganglios mesentéricos que generalmente están voluminosos. En la peritonitis crónica simple, según Herard y Cornil, faltan las granulaciones tuberculosas; hay, sin embargo, una variedad en que el peritoneo y las falsas membranas están sembradas de granulaciones llamadas inflamatorias, anchas, aplastadas, de consistencia esclerosa, que no se caseifican jamás y que están constituidas por tejido fibro-elástico.

Según la opinión de Louis, cuando se observan tubérculos en el peritoneo y los intestinos, casi siempre se encuentran en el pulmón, siendo pocas las excepciones á esta regla. Aunque no puedan reconocerse durante la vida, los tubérculos pulmonares son generalmente anteriores á los del peritoneo á juzgar por su desarrollo, pues aunque poco abundantes, á veces se encuentran localizados al vértice pulmonar; así es que en la generalidad de los casos, la peritonitis crónica es tuberculosa y principalmente en los niños es raro no encontrar el bazo voluminoso y tubérculos en la vejiga, los uréteres y los órganos genitales.

Se ha visto sobrevenir la peritonitis en el

curso de un cancer del gran epiplón y otra vez en un carcinoma uterino, siendo las lesiones semejantes excepto la presencia de tubérculos en las falsas membranas. Según Grisolle, la peritonitis que viene con el cancer, es propia del adulto y el viejo, mientras que la tuberculosa sólo se observa en la juventud y en la niñez.



Los autores están conformes en considerar la peritonitis tuberculosa como excesivamente grave y de terminación en casi todos los casos fatal. Su curación, en caso de estar reconocida y bien averiguada, puede considerarse como rara. El papel del médico, la mayor parte de las veces, consiste en establecer un tratamiento paliativo y hacer la medicina de los síntomas. Combatir el decaimiento por los tónicos y la alimentación; la diarrea por el bismuto y el opio; los vómitos con el hielo y las bebidas gaseosas. La compresión modera los dolores y favorece la reabsorción del derrame. En caso de que éste persista, se hará uso de los vejigatorios y en último caso se recurre á la punción.

*
* *

En los casos en que el diagnóstico no ha podido establecerse claramente por ausencia de síntomas bien acentuados, á excepción del derrame; que el médico después de una exploración minuciosa no puede explicarse satisfactoriamente la causa, por tumores, quistes ó ascitis debidas á enfermedad hepática ó cardiaca; que esta colección líquida no cede á la compresión, á los vejigatorios ó la punción, todas estas dificultades hicieron nacer la idea de practicar una *abertura ventral*, á título de exploradora, que, dados los medios poderosos con que cuenta la cirujía, además de no acarrear casi ningún peligro para el enfermo, pusiera más al alcance de los sentidos la causa de los trastornos en la salud del paciente y aun sirviera de medio curativo.

Desde la más alta antigüedad, Erasistrato y de Sorannus hacían incisiones en las íngles para dar salida al pus colectado en el abdomen. Después, hasta Petit (hijo) (1735) los cirujanos no se atrevieron á tocar el peritoneo.

En 1748, Garangeot abrió el vientre en caso de peritonitis de origen traumático. En 1786 Ravaton, en 1846 Guerin y Féréol en 1859, hicieron indicaciones en este sentido. Marten en 1861 aconsejaba también la intervención enérgica y en 1876 Kaiser operó varios casos con éxito.

La laparotomía ó incisión amplia con canalización, ha dado también buenos resultados á Lannois (1882), á Spencer Wells (1883), á Koenig (1884) y á Naumann (1886).

En estos últimos casos la peritonitis estaba enquistada y se había hecho la laparotomía con el objeto de extraer supuestos quistes ováricos. La pared del enquistamiento estaba constituida por falsas membranas más ó ménos gruesas. En varios casos se quitaron estas falsas membranas tapizadas de granulaciones tuberculosas y aun se resecaron pedazos de epiplón muy granuloso.

Lawson Tait, que ha operado más de cuarenta casos de peritonitis de toda especie, dice formalmente: "Siempre que me encuentro en presencia de una peritonitis localizada ó generalizada, cualquiera que sea la causa, abro y me

conduzco segun los datos suministrados por el exámen directo.

La peritonitis es en las afecciones abdominales la más poderosa de las indicaciones operatorias."

Se vé que los cirujanos con recelo primero, animados en seguida con la seguridad que dá la experiencia, han emprendido esta operación rodeándose de todos los cuidados minuciosos de asepsia y antisepsia que son actualmente de rigor.

Los detalles operatorios han variado relativamente á las dimensiones de la incisión, á la simple expulsión del líquido del derrame ó seguida del lavado peritoneal, la raspa de los focos tuberculosos y la extirpación de los órganos enfermos.

El empleo de los antisépticos no ha tenido ninguna influencia sobre el resultado, habiéndose obtenido curaciones sin apelar á ellos en todas las formas de tuberculosis peritoneal (supuradas, difusas, enquistadas) y aun cuando el pulmon y otros órganos estuviesen atacados.

Se ignora aún por qué después de una simple

laparotomía con evacuación del líquido, la lesión hace su evolución expontáneamente hácia la curación; pero es un hecho muy bien demostrado la curación averiguada y frecuente por la intervención.

La forma de peritonitis con derrame es la más susceptible de un tratamiento operatorio; si el derrame es ascítico deberá tratarse por la punción, si fuere sero-purulento ó purulento se deberá intervenir más enérgicamente.

De manera que la opinión aceptada generalmente en la actualidad, es considerar el tratamiento quirúrgico de las peritonitis lleno de porvenir. Si se trata de peritonitis enquistadas, evacuar el líquido y desinfectar la bolsa; en las peritonitis de forma difusa si se llega á reconocer la causa, obrar rápidamente contra ella; si se trata de peritonitis difusa de causa desconocida, laparatomía exploradora y conducirse según el estado de las diferentes partes.

Algunos autores reprochan no intervenir á buen tiempo y por medio de la medicación ó las punciones hacer mantener al enfermo una ilusión que los anima á esperar en vano la curación hasta llegar á una época en que la in-

tervención no es practicable en buenas condiciones (por debilitamiento excesivo, etc.)

El arsenal usado generalmente es bastante sencillo: un bísturi, algunas pinzas de forcipresura y agujas de sutura, una sonda acanalada y ganchos separadores. Todos estos instrumentos introducidos algún tiempo en agua hirviente para el momento de la operación. Cordoncillo de seda colocado en una solución antiséptica y esponjas que se han hecho hervir durante media hora y que se conservan empapadas en agua fenicada. Aseo perfecto de la pared abdominal, rasurar, enjabonar (con jabón antiséptico) y lavar con solución antiséptica. Incisión sobre la línea blanca, á menos de indicaciones especiales. Inspección cuidadosa de los tejidos que se cortan y de los órganos del abdómen. Aquí varía la conducta según que es un órgano por extirpar, una sutura en caso de perforación ó ulceración, etc. Después, en todos casos, proceder al aseo minucioso de la cavidad peritoneal con agua filtrada y hervida ó con soluciones. Aquí varían también las operaciones, pues los unos dicen que si el objeto es arrastrar los detritus, pus, sangre, líquidos derramados, etc., con el

HO hervida basta; que si se tiene la pretensión de destruir los microbios de que los tejidos están infiltrados, no es el contacto transitorio de líquidos débilmente antisépticos lo que produce resultado, se necesitaría usar de líquidos antisépticos muy concentrados, que serían muy perjudiciales al paciente. Los otros, apesar de estas objeciones, continúan con el uso de los antisépticos. Después de esto unos operadores canalizan, otros suturan y ponen curación de Lister. Los cuidados consecutivos con que se atiende á los operados, son los aceptados en la generalidad de las laparotomías: reanimar al paciente y luchar contra el colapsus; calentar la cama y rodear al enfermo de flanela, algodón y botellas calientes; inyecciones de éter, bebidas frías, morfina (según las indicaciones); procurar la calma y tranquilidad del enfermo; emplear la sonda y los laxantes en caso de necesidad los primeros días y atender á los síntomas que puedan presentarse. A los ocho ó nueve días quitar las suturas; cuando los operados comen regular, y duermen sin la intervención de la morfina, permitirles que empiecen á levantarse llevando

un buen vendaje abdominal y que den sus primeros pasos á los quince ó veinte días.

OBSERVACION PRIMERA.

(Dr. R. Fuertes).

Juana Pérez, de treinta y ocho años, soltera, doméstica, dos partos, ningún aborto.

Primera menstruación á los quince años, abundante, sin dolores; duró cinco días. Las demás irregulares. Enfermedades anteriores: sarampión, bronquitis, no recuerda más.

Su enfermedad data de hace dos años, época en que notó que el vientre comenzaba á crecerle y ha continuado aumentando más y más hasta tomar el aspecto del de los ascíticos. En el trascurso de este tiempo ha sentido un dolor agudo en el vientre acompañado de calentura, náuseas y alguna vez de diarrea. Esto desaparecía por temporadas y quedaba relativamente bien, sintiendo tan sólo la molestia que le producía el abultamiento del vientre que le impedía andar, estar acostada y aun dormir.

Examinados el pulmón, hígado y corazón, no presentaron ningún signo que pudiera ex-

plicar el desarrollo del vientre. La exploración de éste, hecha por el Sr. Dr. Fuertes, reveló la existencia de un derrame en la cavidad peritoneal que ningún síntoma coexistente podía explicar, puesto que la enferma no lo acusaba. Hecho el exámen de los órganos genitales, no se encontró nada anormal, pues tanto los externos como el útero y sus anexos, estaban sanos.

No había tumor en el vientre, sino sólo un vasto derrame que daba los signos de la ascitis. Se hizo una punción con la jeringa de Pravaz y se extrajo un líquido que tenía los caracteres de un líquido ascítico y no los del líquido contenido en los quistes del ovario. Este líquido calentado se coaguló inmediatamente. No pudo hacerse el exámen microscópico de él. El Dr. Fuertes, en la duda en que se encontró, tuvo que hacer el diagnóstico por exclusión y determinó hacer una laparotomía exploradora para darse cuenta del caso patológico que tenía á la vista.

Enero 21 de 1891.—Empezó la operación á las once menos cinco a. m., terminando á las once veinte a. m. Herida de diez centímetros,

peritoneo parietal sumamente grueso y tanto éste como el visceral, totalmente sembrados de granulaciones tuberculosas. Extracción de todo el líquido, lavado (larga manu) con solución fénica al 1 por ciento y á 50° centígrados. Seis puntos de sutura profundos y seis superficiales. Ningún accidente durante la operación. Temperatura inmediatamente después 36°. Pulso 90. Respiración 28. Cuatro horas después fuertes calofríos que duraron cerca de una hora y sube la temperatura hasta 39.5. A las 8 p. m., sudor profuso, descenso inmediato de la temperatura á 37.5. Poca basca, ningún dolor, orina y evacuación expontáneas, la enferma durmió algo.

Enero 22.—A las 6 a. m., temperatura 36.8. Pulso 88. Respiración 24. Se ha suspendido la micción voluntaria; se la sondea dos veces al día; no sube la temperatura ni en el día ni en la noche; el sudor es bastante escaso.

Enero 23.—Vuelve á ser voluntaria la micción, se le administra una lavativa por tener necesidad urgente de evacuar y no poder hacerlo; evacúa abundantemente con ella y siente consuelo. La temperatura en toda la mañana

se mantiene en 37°, como á las 2 p. m., comienza á ascender sin gran calofrío y llega á 38.5 para descender á las 9 p. m., después de de un ligero sudor. Hasta ahora no se ha quejado de otra molestia que el cansancio que le ocasiona la postura en la cama. Tomó su leche bastante bien y durmió.

Enero 24.—A la 1 a. m., se quejó de un fuerte dolor en el hipocondrio derecho con irradiación al hombro del mismo lado y el vientre; dolor que disminuye con una lavativa laxante y un sinapismo. Pasa todo el día bien, sin calentura. Su estado es satisfactorio. Continúa con su dieta láctea.

Enero 25.—En todo este día nada particular.

Enero 26.—Está bastante bien; se le da un poco de caldo y vino jerez.

Enero 27.—Sigue bien; se le ordena un huevo tibio, consomé y vino. Se le permite moverse en la cama.

Enero 28.—Se le puso un vejigatorio en el costado izquierdo al dolor; se le mitigó un poco, pero no desapareció. Nada de calentura.

Enero 29.—Sigue bien, sólo el dolor no le desaparece por completo. Se le descubrió la he-

rida, la cual estaba completamente cicatrizada. No hay el menor indicio de derrame. No hay calentura. Se le sentó. Está comiendo caldo, sópa, carne y toma vino jerez.

Los demás días nada notable. Dos meses después se encuentra bastante bien. No acusa ningún síntoma de tuberculosis. Ha engordado y está bastante contenta.

OBSERVACION SEGUNDA.

(Dr. T. Noriega.)

La Srita. G. Pinillos, de 16 años, doncella, natural de San Andrés Chalchicomula. Se queja de crecimiento del vientre con todas las molestias que esto causa en la generalidad de los casos. Su estado general era satisfactorio; siempre ha sido sana y sus menstruaciones siempre se han verificado con regularidad. No acusa vómitos, diarrea, dolores ni ningún otro signo digno de llamar la atención.

La exploración del corazón, hígado y pulmones, nada notable.

Explorando el vientre se encuentra abultado, la coloración de la piel normal, sin desarrollo

de la circulación venosa. Palpando el vientre dió la sensación de cierta renitencia ó dureza; sin embargo, la pared se deja deprimir y podían sentirse las asas intestinales, permitiendo desalojarse por la presión el derrame que existía.

La percusión reveló más claramente su existencia y extensión.

Fué operada de laparotomía con el carácter de exploradora por el Dr. Noriega, el 24 de Abril del presente año. Incisión de diez á doce centímetros: abundancia de tejido celulo-adiposo; salida de un líquido blanco-amarillento que existía en gran cantidad.

El peritoneo grueso, duro, sembrado de granulaciones tuberculosas, los intestinos en buen estado, sin adherencias.

El líquido que constituía el derrame fué desalojado por medio de un lavado hecho con solución de bicloruro de mercurio al 1 por 5,000. La cantidad de líquido que pasó por el peritoneo hasta que salió enteramente limpio puede calcularse en seis litros.

Concluído el lavado se suturó y curó la herida antisépticamente. El choque fué poco intenso.

A los nueve dias se quitaron los puntos de sutura: la cicatrización por primera intención y el estado general de la enferma durante todo este tiempo, bueno.

La mayor temperatura que se observó fué 37.8.

Al principio dieta absoluta, después hielo, cucharadas de Champagne y leche helada.

A los quince días la cicatriz era completa, el estado general bueno y la enferma poco después se ha ido á su tierra.

Ha escrito posteriormente diciendo que sigue bien.

*
* *

Las estadísticas extranjeras arrojan datos muy consoladores acerca de la intervención quirúrgica oportuna, como tratamiento de la tuberculosis peritoneal, y sin citar más que á Koenig (1884), época en que apareció su primer trabajo sobre el referido tratamiento, ha podido recoger 131 observaciones de las cuales 14 le son personales. Del conjunto hay 120 mujeres y 11 hombres, lo que parecería probar in-

tervenciones numerosas fundadas en errores de diagnóstico.

De los 131 operados, 24 enfermos han sido perdidos de vista después de la intervención, 23 han sido mejorados y 84 curados (55 por 100.) Se han observado curaciones mantenidas durante varios años y se puede admitir la curación definitiva para un cuarto de los casos. La mortalidad operatoria ha sido de 3 por 100.

De manera que puede deducirse que atendiendo al poco resultado que en general produce el tratamiento médico en la tuberculosis peritoneal; atendiendo igualmente al poco peligro que con los recursos de la cirujía moderna corre el paciente, y por último los numerosos casos en que la intervención oportuna y cuidadosa há producido curaciones bien averiguadas y sostenidas por muchos años, puede deducirse, repito, que la abertura de la pared abdominal debe considerarse como un recurso, y así se considera, no solo para dar cuenta de los desórdenes y aclarar el diagnóstico, sino como un *medio curativo* bastante eficaz. Este tratamiento se ha hecho extensivo á las demás peritonitis, cualesquiera que sean su etiología y

naturaleza, y según las observaciones que aumentan de día siempre se hace sentir su influencia favorable.

Agosto de 1891.

FRANCISCO NUÑEZ.

